

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

ПЕРИОДОНТИТЫ

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2015

УДК 616.314.17-008.1(075.9)

ББК 56.6я73

П 27

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 8 от 25.11. 2015г.

Авторы:

заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, профессор
д.м.н. *А.С. Артюшкевич*

ассистент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПОМ *И.Ю. Федченко*

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н.
А.А. Кочубинская

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н. *Г.М. Руман*

доцент кафедры челюстно-лицевой хирургии БелМАПО, к.м.н. *О.С. Яцкевич*

Рецензенты:

Терехова Т.Н. заведующая кафедрой детской стоматологии БГМУ, д.м.н.,
профессор

кафедра ортопедической стоматологии БГМУ

П 27

Периодонтиты: учеб.-метод. пособие /А.С. Артюшкевич,
И.Ю. Федченко, [и др.]. – Минск.: БелМАПО, 2015.-16 с.

ISBN 978-986-499-959-3

В учебно-методическом пособии изложена анатомо-гистологическая характеристика здорового периодонта, классификация периодонтитов с клинико-морфологической характеристикой и органосохраняющие методы хирургического лечения периодонтитов.

УДК 616.314.17-008.1(075.9)

ББК 56.6я73

ISBN 978-986-499-959-3

© Артюшкевич А.С., [и др.], 2015

© Оформление БелМАПО, 2015

ВВЕДЕНИЕ

Периодонтит — воспалительный процесс, поражающий ткани периодонта и распространяющиеся на прилежащие к нему костные структуры. По данным Бажанова Н.Н. (1995), причиной флегмон челюстно-лицевой области в 98-99% случаев является хронический апикальный периодонтит. Хронический очаг воспаления при периодонтите, возникающий в результате септического некроза пульпы зубов способствует постоянной антигенной агрессии и сенсибилизации организма. Как и любой другой, длительно протекающий воспалительный процесс, хронический периодонтит способствует снижению общей иммунологической реактивности и неспецифической резистентности организма, что увеличивает риск гнойно-воспалительных осложнений в период обострения процесса. При некоторых формах хронического периодонтита очаги воспаления становятся постоянным источником общей интоксикации организма. Гнойно-воспалительные осложнения хронического периодонтита, такие как периоститы, остеомиелиты челюстей абсцессы и флегмоны окологлазничных мягких тканей могут быть спровоцированы, например, вирусными инфекциями, гриппом, переохлаждением, длительным нервно-психическим и физическим переутомлением. Учитывая выше сказанное, большое значение имеет своевременная диагностика острых и хронических периодонтитов и их лечение, целью которого является санация очагов одонтогенной инфекции.

Строение периодонта

Периодонт представляет собой сложное анатомическое образование соединительнотканного происхождения, расположенное между компактной пластинкой лунки зуба и цементом корня зуба. На всем протяжении периодонт находится в непосредственной связи с костью челюсти, через апикальное отверстие — с пульпой зуба, а у краев лунки — с десной и надкостницей челюсти (рис. 1). Впервые периодонт обнаруживается на фолликулярной

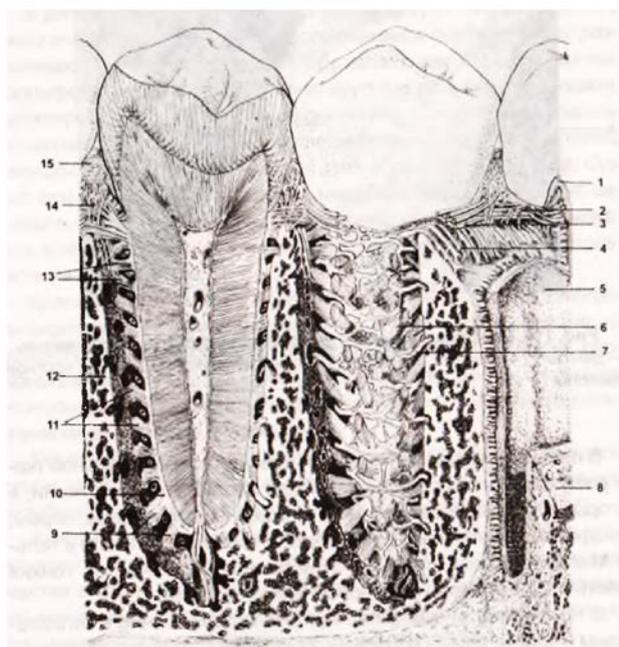


Рис. 1. Схема связок периодонта и десны (по Р.Крстичу)
 1 - десна; 2 - межзубные волокна; 3 - спиральные межзубные волокна; 4 - зубопериостальные волокна; 5 - эпителий десны; 6 - косые волокна; 7 - кровеносные сосуды; 8 - щека; 9 - апикальные волокна; 10 - цемент; 11 - косые волокна; 12 - костная стенка альвеолы; 13 - верхние горизонтальные волокна; 14 - зубо-десневые волокна; 15 - межзубная десна

стадии развития зуба с началом формирования корня и одновременно развивается с его ростом и образованием кортикальной пластинки альвеолы. Заканчивается формирование периодонта примерно через год после окончания развития верхушки корня зуба. В среднем толщина периодонта равняется 0,20-0,25мм, однако эта величина может изменяться с возрастом, развитием зуба, его функцией и, наконец, в результате патологического процесса. В сформированном, но еще не прорезавшемся зубе толщина периодонта в 2 раза меньше (0,05-0,1мм), чем у нормально функционирующего зуба. При потере антагониста ширина периодонтальной щели уменьшается до 0,10-0,15 мм. В зрелом возрасте периодонтальная щель становится шире вследствие утолщения периодонта. По данным Е.М.Гофунга (1946), ширина периодонтальной щели на нижней челюсти несколько меньше (0,15-0,22мм), чем на верхней (0,20-

0,25мм). Ширина периодонтальной щели зубов человека различна даже в отдельных ее участках. В средней трети корня периодонтальная щель сужена и воронкообразно расширена у вершины межальвеолярной перегородки и в периапикальной трети за счет микродвижений зуба в лунке.

Изменение толщины периодонта может наблюдаться в связи с патологическим процессом. При повышенной нагрузке на зуб происходят утолщение (гипертрофия) периодонта и изменение костной структуры лунки, что может привести к расширению периодонтальной щели. При гипертрофии цемента (гиперцементоз) также могут изменяться контуры и величина периодонтальной щели. Следствием воспалительного процесса может быть резорбция не только стенок лунки, но и цемента корня.

Периодонт образован соединительной тканью, в которой различают межклеточное вещество, в нем находятся фиброзные коллагеновые волокна и прослойки рыхлой соединительной ткани, пронизанные кровеносными и лимфатическими сосудами и нервами. В области верхушки корня меньше фиброзной ткани, но больше рыхлой соединительной ткани. В периодонте имеется небольшое количество тонких аргирофильных волокон. Коллагеновые волокна образованы из полипептидных молекул, чем и обусловлена поперечная исчерченность коллагеновых фибрилл, выявляемая под электронным микроскопом. Фиброзные волокна слагаются в толстые пучки, достигающие 5-10 мкм в диаметре. Фиброзные пучки периодонта одним концом вплетаются в цемент корня зуба и переходят в его фиброзные структуры, другим — в костную ткань альвеолы, осуществляя тесную связь периодонта с окружающими тканями (рис. 2). У альвеолярной стенки коллагеновые пучки более грубые, чем у цемента корня, где они образуют нежную сеть.

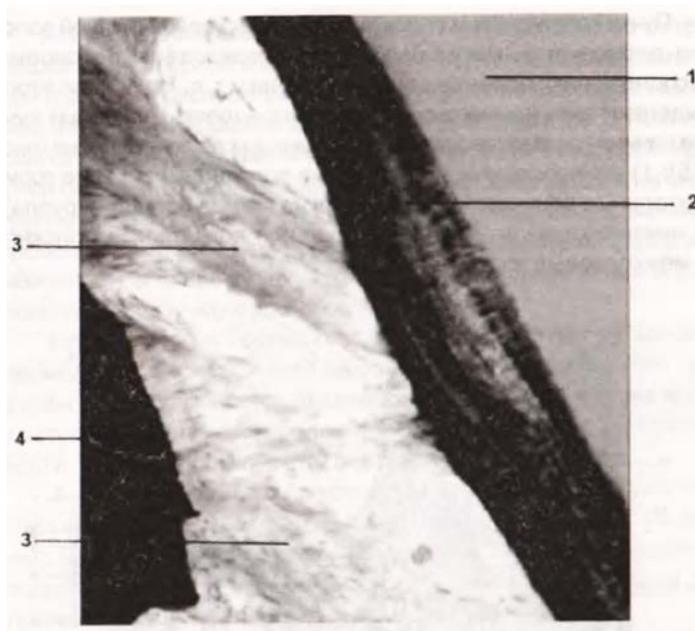


Рис. 2. Микрофотография участка периодонтальной связки
1 - дентин; 2 - цемент; 3 - периодонтальная связка;
4 - стенка костной альвеолы

Коллагеновые волокна различных отделов периодонта отличаются по своему направлению и толщине образуемых ими пучков. Наиболее мощную группу составляют так называемые транссептальные волокна. Это пучки волокон, идущие в горизонтальном направлении соединяют между собой соседние зубы. Составляющие эту группу пучки волокон толстые, плотно прилегают друг к другу. Между ними почти нет прослойки рыхлой соединительной ткани.

Выше транссептальной группы располагаются пучки коллагеновых волокон, составляющих собственную пластинку (*lamina propria*) десны. Часть этих волокон, приобретая косое направление, входит в цемент.

Непосредственно вокруг шейки зубов, пересекаясь с транссептальной группой, проходит сравнительно небольшая группа волокон с циркулярным расположением, получившая название циркулярной связки. Волокна этой группы могут распадаться на отдельные пучки.

Начиная от вершины альвеолярного гребня и далее по ходу всего периодонта располагаются пучки волокон, имеющих косое направление, т.е. идущих под углом к продольной оси зуба. Места вхождения фиброзных пучков в кость лунки находятся выше мест вхождения этих пучков в цемент корня.

Расположенные таким образом пучки фиброзных коллагеновых волокон плотно фиксируют зуб в лунке, зуб как бы висит в альвеоле. Функциональная ориентировка волокон периодонта, как и трабекул губчатой кости челюсти, начинается до включения их в функцию во время прорезывания зуба.

В верхушечной части корня, как и в пришеечном отделе периодонта, некоторое количество фиброзных пучков идет в радиальном направлении, что препятствует боковым движениям зуба и ограничивает их. Вертикальное расположение коллагеновых волокон ко дну альвеолы в верхушечном отделе периодонта препятствует выдвигению зуба из лунки. Пучки волокон, идущие от цемента к кости альвеолы, соединяются между собой многочисленными боковыми анастомозами. Эти анастомозы можно рассматривать как своеобразные дополнительные распределители жевательной нагрузки по периодонту.

Принимая во внимание различие в направлении и организации пучков коллагеновых волокон, их следует классифицировать следующим образом: транссептальные волокна; свободные волокна десны (идущие от шейки зуба и вплетающиеся в соединительную ткань десны); циркулярные волокна (охватывающие шейку зуба); альвеолярные гребешковые волокна (проходящие от вершины альвеолярных гребней к цементу шейки (зуба)); косые волокна; группа верхушечных волокон.

Хотя указанные выше группы волокон прослеживаются в периодонте всех зубов, тем не менее периодонт различных в функциональном отношении зубов отличается по строению.

Так, для зубов фронтальной группы (резцы, клыки) характерно, что пучки волокон, составляющих ткань периодонта, сравнительно тонкие. Особенно это

относится к циркулярной группе, охватывающей область шейки зуба. Группа косых волокон разделяется на отдельные фрагменты треугольными пространствами, заполненными рыхлой соединительной тканью. Угол наклона этих волокон составляет примерно $40-45^\circ$ в вестибулярном отделе периодонтальной щели и 35° — в оральном отделе. Следует отметить, что угол наклона волокон также меняется в различных отделах периодонтальной щели. На участке периодонта, следующем непосредственно за шейкой зуба, угол наклона волокон колеблется ($25-35^\circ$). Ниже этого уровня наклон волокон возрастает до $45-50^\circ$. И наконец, в периапикальной области часть пучков волокон, как отмечалось выше, принимает почти вертикальное направление. Следует отметить, что группа подстилающих волокон у фронтальных зубов сравнительно невелика. Здесь можно наблюдать довольно густое сплетение из аргирофильных волокон.

В периодонте малых коренных зубов (группа премоляров) пучки коллагеновых волокон утолщаются. Это относится как к циркулярной, так и к транссептальной группе. Более четко здесь выражены волокна, идущие в щечно-язычном направлении. Угол наклона волокон косой группы составляет $20-25^\circ$ в пришеечной области, увеличиваясь затем до $50-60^\circ$. В группе волокон, подстилающих верхушку корня, хорошо выделяется крестообразное переплетение.

Для периодонта больших коренных зубов (моляров) характерно наличие мощных транссептальных и циркулярных волокон, а также толстых пучков в апикальном участке периодонта, которые как бы создают подстилку для верхушки корня. Обращают также на себя внимание хорошо развитые пучки волокон, идущие в горизонтальном направлении и соединяющие гребень альвеолярного отростка с цементом корня зуба. Угол наклона волокон, расположенных косо, увеличивается также более постепенно от 20° в пришеечной области до 40° в средних участках длины корня. Особо следует выделить волокна в области бифуркации многокорневых зубов. Верхняя часть этих волокон, соединяющая гребень альвеолярной перегородки с цементом корней в области бифуркации, по расположению напоминает альвеолярные гребешковые волокна. Кроме того, над вершиной альвеолярной перегородки отмечаются волокна, идущие в горизонтальном направлении и как бы соединяющие корни зубов. Эти волокна образуют особенно сложные переплетения в зубах, имеющих три корня. Ниже этих волокон следуют косые волокна, в основном повторяющие направление волокон противоположных отделов периодонтальной щели.

В периодонте зубов содержатся эластические волокна, однако их немного. В основном это тонкие волокна, располагающиеся между пучками коллагеновых волокон периодонтальной связки. Следует отметить, что эти эластические элементы чаще обнаруживаются в периодонте резцов и клыков среди волокон пришеечной группы.

Одной из особенностей периодонта является наличие значительного

количества окситалановых волокон, названных так за их устойчивость к кислотам. Они являются постоянным компонентом соединительной ткани периодонта. Распределение их также неравномерное, они чаще обнаруживаются в составе волокон пришеечной группы и в периапикальной области.

Окситалановые волокна периодонта представляют собой разновидность эластических волокон. Содержание окситалановых волокон и их толщина увеличиваются в периодонте зубов, испытывающих повышенную функциональную нагрузку.

Окситалановые фибриллы образуют густую сеть, которая вплетается между коллагеновыми волокнами. Окситалановые волокна, соединяясь с кровеносными сосудами периодонта, образуют окситаланово-сосудистые структуры. Установлено, что наряду с пластической функцией окситалановая система составляет часть рецепторного механизма периодонта, осуществляющего контроль тонуса сосудов.

В периодонте зубов, особенно многокорневых, имеются аргирофильные волокна, которые морфологически весьма напоминают аргирофильные волокна ретикулярной ткани.

Эти волокна чаще всего выявляются в участках периодонта, сообщающихся с костномозговыми пространствами челюсти.

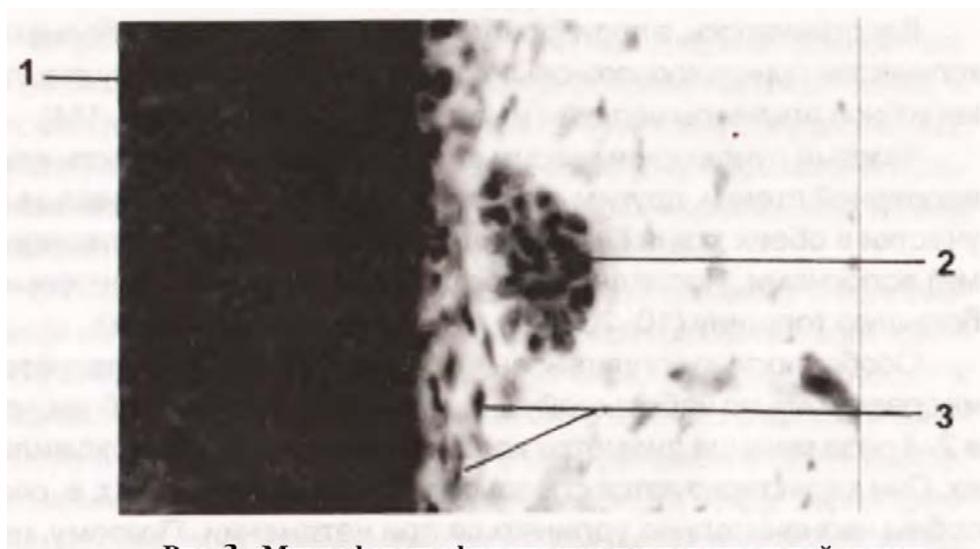
Между соединительными волокнами в периодонте находятся клеточные элементы — фибробласты с овальным ядром и светлой цитоплазмой, в рыхлой соединительной ткани — тучные клетки и гистиоциты (блуждающие клетки) с более ярко окрашенным ядром небольшого размера и зернистой цитоплазмой. Вблизи сосудов и капилляров периодонта обнаруживаются периваскулярные адвентициальные гистиоциты и тучные клетки. Тучные клетки имеют как округлую, так и вытянутую форму. Установлено, что в состав зернистости тучных клеток входят гепарин и гистамин, участвующие в регуляции проницаемости основного вещества соединительной ткани периодонта.

Плазматические клетки в основном локализуются в пришеечной области. Имеют округлую форму с резко базофильной цитоплазмой, круглым ядром и характерным расположением хроматиновых глыбок.

В участках периодонта, прилегающих к цементу корня, находятся цементоциты — клетки, обладающие пластической функцией в построении вторичного (клеточного) цемента, а в участках, прилегающих к альвеоле, располагаются остеобласты — строители костной ткани альвеолы.

Однако набор клеточных элементов в разных участках периодонта различен. Большое количество молодых малодифференцированных клеток характерно для периапикальной и пришеечной зон периодонта, а у многокорневых зубов таким участком, кроме того, является периодонт в области бифуркации корней. В средних отделах периодонтальной щели преобладают более зрелые формы фибробластов. Характерно, что таким же колебаниям подвержено количество плазматических и тучных клеток.

Кроме указанных клеток соединительнотканного происхождения, ближе к цементу располагаются эпителиальные образования — так называемые эпителиальные остатки (*relictum epitheliale*) или островки Малассе (рис. 3).



**Рис. 3. Микрофотография участка периодонтальной связки
1 - цемент; 2 - тельце Малассе; 3 - фибробласты периодонтальной
связки**

Распространено мнение, что эти эпителиальные образования являются остатками зубообразовательного эпителия, который сохраняется в периодонте зубов на протяжении всей жизни. В настоящее время многие авторы считают доказанным разнородность происхождения этих эпителиальных элементов: в околоверхушечной части корня зуба они являются остатками (островками, гнездами) околокорневого эпителиального влагалища, а в области шейки зуба - остатками зубной пластинки.

Местами наибольшей локализации эпителиальных клеток являются пришеечная и периапикальная части периодонта. Здесь выявляются наиболее крупные комплексы этих клеток. Формы и размеры скоплений эпителиальных клеток различны. В одних случаях они имеют вид небольшой группы клеток, в других — вид коротких тяжей. Весьма характерно, что содержание этих эпителиальных остатков подвержено выраженным возрастным колебаниям. Наибольшее количество эпителиальных остатков обнаруживается в периодонте людей в возрасте 10-20 лет. Значительное количество этих клеток содержится в периодонте людей 21-30 лет. В то же время в периодонте лиц в возрасте старше 50 лет количество их заметно уменьшается. При этом изменяется и морфологическая структура самих остатков. У лиц молодого возраста наблюдаются более крупные эпителиальные комплексы с довольно четкими структурами ядра, а у лиц пожилого возраста эти клетки имеют узкий ободок цитоплазмы и пикнотичное темноокрашенное ядро. Содержание эпителиальных гнезд уменьшено в периодонте зубов, несущих функционально повышенную нагрузку.

Многие авторы утверждают, что эпителий этих островков при определенных условиях может привести к появлению как доброкачественных (кистогранулемы, кисты), так и злокачественных (раковых) новообразований.

Классификация периодонтитов

Существует несколько классификации периодонтитов. Целесообразно рассмотреть две из них. Первая – по Г.И.Лукомскому, широко применявшаяся на протяжении многих лет, начиная с советского периода. Вторая – классификация болезней периодонта ВОЗ, широко используется врачами – стоматологами в настоящее время.

Классификация по Г.И.Лукомскому (1936):

I. Острые (экссудативные) периодонтиты:

1. Серозные.
2. Гнойные.

II. Хронические (пролиферативные) периодонтиты:

1. Фиброзные.
2. Гранулирующий.
3. Гранулематозный.

III. Обострение хронического периодонтита.

Классификация болезней периодонта ВОЗ (1997):

I. Острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения.

II. Хронический апикальный периодонтит: апикальная или периапикальная гранулема.

III. Периапикальный абсцесс с полостью: зубной (дентальный); дентоальвеолярный.

IV. Периапикальный абсцесс без полости: зубной (дентальный); дентоальвеолярный; периапикальный.

V. Корневая киста: апикальная (периодонтальная); периапикальная; остаточная корневая.

Далее целесообразно кратко рассмотреть патогистологическую картину различных форм периодонтита.

Острый серозный периодонтит характеризуется гиперемией тканей периодонта, появлением очагов кровоизлияния, отеком и серозной экссудацией. Процесс этот в большинстве случаев обратимый, поддающийся консервативному лечению, особенно при устранении вызывавшей его причины.

Острый гнойный периодонтит характеризуется обильной инфильтрацией периодонта лимфоидными элементами, гнойными очагами с большим количеством гистиоцитов.

Хронический фиброзный периодонтит (рис. 4, 6) сопровождается уменьшением количества клеточных элементов, увеличением числа коллагеновых волокон и их огрубением. В отдельных участках

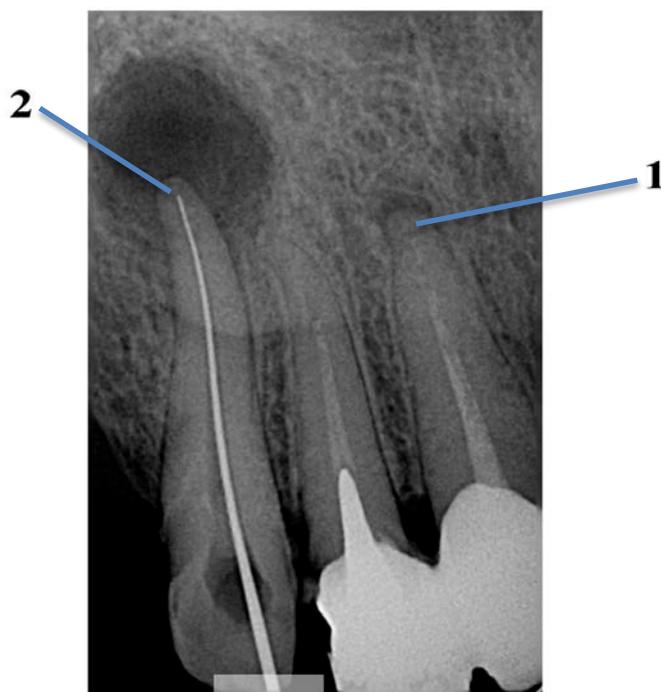


Рис. 4. Классическая рентгенологическая картина хронического фиброзного (1) и хронического гранулематозного периодонтита (2)

периодонта могут встречаться воспалительные мелкоочаговые инфильтраты, склероз сосудов. Местами периодонт замещен грубоволокнистыми структурами, беспорядочное расположение которых придает периодонту характер рубцовой ткани (В.В.Паникаровский, 1969).

Дальнейшее склерозирование ткани периодонта может привести, в конечном итоге, к оссификации коллагеновых волокон, что нередко определяется рентгенологически. Хроническое воспаление в периодонте может сопровождаться гиперцементозом, поскольку оно стимулирует цементобластическую активность.

Хронический гранулематозный периодонтит (рис. 4, 5) является более стабильной и менее активной формой, чем гранулирующая, так как воспалительный отек и воспалительная гиперемия при этой форме заменяются пролиферативными процессами. При хроническом гранулематозном, так же как и при хроническом гранулирующем периодонтите, происходит частичное замещение тканей периодонта грануляционной тканью. Однако при гранулема участок грануляционной ткани отграничен от окружающей кости периферической фиброзной капсулой, волокна которой непосредственно переходят в ткань периодонта. Центральная часть гранулемы содержит значительное количество плазматических клеток, а также клеток гистиогенного и гематогенного происхождения. Большинство гранулем, помимо грануляционной ткани, содержит эпителиальные тяжи или эпителиальную выстилку. В связи с этим околокорневые гранулемы по своему строению разделяются на простые (неэпителиальные) и сложные (эпителиальные). Эпителий гранулем построен по типу росткового слоя покровного эпителия полости рта. Простая гранулема по сравнению с эпителиальной наблюдается лишь в 8-10 % случаях. Таким образом, большинство гранулем эпителиальные. В гранулеме гистохимически обнаруживается небольшое количество гиалуроновой кислоты, а в протоплазме эпителиальных клеток — сульфатированные мукополисахариды. Гранулемы, имеющие выстланную эпителием полость, называют кистогранулемами. Последние образуются либо в



Рис. 5. Рентгенологическая картина хронического гранулематозного периодонтита в процессе эндодонтического лечения

результате перерождения (вакуольной дистрофии) центральных участков эпителиального тяжа с последующим их расщеплением, либо в результате распада грануляционной ткани в процессе нагноения гранулемы с вращением в образующуюся полость эпителиальной ткани из расположенного поблизости

тяжа. В результате дегенеративного процесса в эпителиальном тяжке образуются полости, в которых скапливаются дегенерирующие эпителиальные клетки, воспалительный эозинофильный экссудат, появляется белковый и жировой детрит. При разложении детрита выпадают кристаллы холестерина, являющиеся характерной составной частью содержимого кистогранулем и околокорневых (радикулярных) кист.

Кистогранулема является переходной формой, которая имеет ряд особенностей, характерных для вполне сформировавшейся кисты: четкие контуры, отсутствие костной структуры в очаге резорбции кости.

По данным Fich (1968), в зрелой гранулеме можно обнаружить несколько зон, представляющих собой единый вид защиты организма от проникновения инфекции из корневого канала:

1. Зона некроза. Эта зона содержит некротизированные ткани и бактерии.
2. Зона контаминации. В этой зоне находятся лейкоциты, лимфоциты и остеокласты.
3. Зона раздражения. Зона содержит грануляционную ткань, в этой зоне отсутствуют живые микроорганизмы.
4. Зона стимуляции. Зону характеризует активность остеобластов и фибробластов, создающих коллагеновые волокна.

Однако вопрос о том, является ли периапикальная гранулема стерильной структурой или она инфицирована микроорганизмами из канала, до сих пор остается открытым, так как грануляционная ткань очень редко подвергается инфицированию благодаря хорошей васкуляризации и присутствию большого количества клеток, создающих препятствие для развития микроорганизмов.

Хронический гранулирующий периодонтит характеризуется образованием грануляционной ткани, которая содержит большое количество



Рис. 6. Рентгенологическая картина хронического фиброзного периодонтита

капилляров, фибробластов, круглых плазматических клеток и лейкоцитов. В период формирования молодой грануляционной ткани в ней увеличивается количество гликогена, нейтральных и кислых мукополисахаридов. Замещение верхушечного участка периодонта грануляционной тканью сопровождается деструкцией, разрушением околоверхушечных тканей с рассасыванием остеокластами не только компактной пластинки альвеолы, но и цемента, а в отдельных случаях и дентина корня зуба. Грануляции прорастают в костномозговые пространства челюсти, образуя свищи с гнойным отделяемым, а иногда поддесневую или подкожную гранулему. Грануляционная ткань нередко образуется на стенке свищевого хода и выбухает из него в виде мягкого заращения.

Вследствие резорбтивного процесса в альвеоле при хроническом гранулирующем периодонтите токсичные продукты воспаления всасываются в кровь в большей степени, чем при других формах хронического воспаления периодонта, и, следовательно, вызывают общую интоксикацию организма.

Диагностика и дифференциальная диагностика периодонтитов в большинстве случаев не вызывает затруднений, поэтому кратко рассмотрим отдельные аспекты. При объективном обследовании, практически при всех формах периодонтита выявляется болезненная перкуссия зуба различной степени выраженности и наличие кариозной полости – источника инфицирования пульпы зуба, а в последующем и тканей периодонта через корневые каналы. В дифференциальной диагностике, наряду с анамнестическими и клиническими данными, важную роль играет рентгенологическая картина. Лишь хронический гранулирующий периодонтит, благодаря наличию свищевого хода с грануляциями, можно диагностировать на основании клинических данных.

Лечение периодонтитов

Целью лечения любого периодонтита состоит в санации очага одонтогенной инфекции в периодонте причинного зуба и окружающей костной ткани. Лечение острого периодонтита, как правило, осуществляется стоматологами-терапевтами и заключается в эвакуации экссудата из периапикальных тканей с последующей медикаментозной санацией очага воспаления доступом через корневой канал зуба. Лишь в некоторых случаях, когда доступ через корневой канал по какой-либо причине затруднен (искривление канала, отлом эндодонтического инструмента в канале), доступ к периапикальным тканям для эвакуации экссудата, медикаментозной обработки и дренирования очага может быть осуществлен хирургическим путем с вестибулярной стороны альвеолярного отростка, используя методику операции – компактостеотомии.

Методы же хирургического лечения хронических периодонтитов можно условно разделить на две группы – органосохраняющие (с сохранением причинного зуба), либо удаление причинного зуба.

В настоящее время органосохраняющие методы лечения апикальных периодонтитов сформировались в самостоятельный раздел - периодонтальную хирургию.

К органосохраняющим относятся такие методы оперативного лечения, т как:

- резекция верхушки корня;
- гемисекция;
- ампутация корня;
- коронаро-радикулярная сепарация;
- реплантация зуба.

Наиболее часто применяется резекция верхушки корня, предложенная в 1899г. С.Partch. Под резекцией верхушки корня зуба понимают отсечение и удаление верхушки корня «причинного» зуба и окружающих ее патологических тканей. Эту операцию можно проводить на всех зубах, но чаще ее проводят на резцах, клыках обеих челюстей и премолярах верхней челюсти.

Гемисекция – отсечение от причинного зуба и удаление одного из его корней, имеющего гранулему, вместе с прилежащей к нему частью коронки. Операция чаще применяется на молярах нижней челюсти, реже – на премолярах верхней челюсти.

Ампутация корня – отсечение и удаление целого корня зуба в месте его отхождения от фуркации без нарушения целостности коронковой части. Применяется операция на молярах верхней челюсти в случаях, когда один из корней имеет гранулему на верхушке, а остальные не имеют патологических изменений периапикальных тканей.

Коронаро-радикулярная сепарация применяется на молярах нижней челюсти в случаях, когда патологическим изменением подвергнута область бифуркации – так называемая межкорневая гранулема. Методика заключается в рассечении зуба на две части в области бифуркации для создания доступа для санации очага одонтогенной инфекции в области вершины межкорневой перегородки.

Реплантация зуба – удаление, эндодонтическое лечение его, санация лунки и последующее помещение зуба в свою альвеолу и временная фиксация. Метод предложен в 1594 году Амбруазом Паре.

Литература

1. Артющкевич А.С., Латышева С.В., Наумович С.А., Трофимова Е.К. Заболевания периодонта. – М.: Медицинская литература, 2006. - 328 с.
2. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Витебск, «Белмедкнига», 1998 - 447 с.
3. Боровский Е. В. Клиническая эндодонтия. - М., 1999.
4. Иорданишвили, А. К Хирургическое лечение периодонтитов и кист челюстей. - СПб., 2002.
5. Рабухина Н.А. Рентгенодиагностика некоторых заболеваний зубочелюстной системы. – М.: Медицина, 1984. - 451 с.
6. Руководство по стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / под ред. В.М.Безрукова, Т. Г.Робустовой. - М., 2000.
7. Самусев Р.П., Дмитриенко С.В., Краюшкин А.И. Основы клинической морфологии зубов – М.: ООО «ОНИКС 21 век», 2002. – 368 с.

Учебное издание

Артюшкевич Александр Сергеевич
Федченко Игорь Юрьевич
Кочубинская Алла Александровна
Руман Григорий Михайлович
Яцкевич Олег Степанович

ПЕРИОДОНТИТЫ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А.С. Артюшкевич

Подписано в печать 25. 11. 2015. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,06. Уч.- изд. л. 1,02. Тираж 50 экз. Заказ 313.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.